

ΚΥΣΤΕΟΟΥΡΗΤΗΡΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ

Η κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση είναι μια σχετικά συχνή πάθηση. Ορίζεται ως η μη φυσιολογική ροή ούρων από την ουροδόχο κύστη προς τους νεφρούς. Εμφανίζεται στο 1-2% περίπου των παιδιών, αλλά η συχνότητά της αυξάνεται στο 30-50% των παιδιών με εμπύρετη ουρολοίμωξη. Συνήθως ανακαλύπτεται κατά τον έλεγχο που ακολουθεί μια ουρολοίμωξη ή η διάγνωση διάτασης της πυέλου του νεφρού στο προγεννητικό υπερηχογράφημα.

Στο φυσιολογικό άτομο, τα ούρα κατεβαίνουν από τους νεφρούς στην ουροδόχο κύστη μέσω των ουρητήρων εύκολα, επειδή η πίεση μέσα στην ουροδόχο κύστη είναι χαμηλή, καθώς αυτή γεμίζει. Όταν το άτομο, όμως, ουρεί, τότε η ουροδόχος κύστη συσπάται και η πίεση αυξάνεται, για να μπορέσουν τα ούρα να διοχετευθούν μέσω της ουρήθρας στο περιβάλλον. Τότε, το τελικό τμήμα των ουρητήρων συμπιέζεται, ώστε να εμποδιστεί η παλινδρομη ροή των ούρων προς τους νεφρούς.

Στους πάσχοντες από κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση, υπάρχει μια ανεπάρκεια του μηχανισμού σύγκλεισης του τελικού τμήματος του ουρητήρα και έτσι όταν το άτομο ουρεί, μια, μικρότερη ή μεγαλύτερη, ποσότητα ούρων επιστρέφει στους νεφρούς.

Αμέσως μετά το πέρας της ούρησης η πίεση στην ουροδόχο κύστη πέφτει και έτσι τα ούρα από τους νεφρούς επανέρχονται στην ουροδόχο κύστη, η οποία, κατ' αυτόν τον τρόπο δεν αδειάζει ποτέ εντελώς. Αυτό έχει μεγάλη σημασία. Μέσω της ουρήθρας κάποια μικρόβια φτάνουν στην ουροδόχο κύστη και επειδή στα ούρα υπάρχουν ουσίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως θρεπτικό υπόστρωμα, αυτά πολλαπλασιάζονται. Όταν η ουροδόχος κύστη αδειάζει, τότε τα μικρόβια φεύγουν μαζί με τα ούρα και ο κίνδυνος λοίμωξης απομακρύνεται.

Στα παιδιά με κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση όμως, τα ούρα που επιστρέφουν στους νεφρούς έχουν μικρόβια, από τα οποία αργά ή γρήγορα εμφανίζεται λοίμωξη των νεφρών, η πυελονεφρίτιδα, που εκδηλώνεται κυρίως με υψηλό πυρετό, αλλά και συχνουρία, τσούξιμο στην ούρηση και άλλα συμπτώματα. Παλαιότερα, τότε γινόταν έλεγχος του ουροποιητικού και διαπιστωνόταν το πρόβλημα, αλλά πολλές φορές ο νεφρός είχε ήδη υποστεί σημαντική βλάβη, γιατί πολλές πυελονεφρίτιδες περνούσαν απαρατήρητες, επειδή δεν γινόταν πάντα η σωστή διάγνωση. Σήμερα, με το προγεννητικό υπερηχογράφημα έχουμε ενδείξεις για την πάθηση και ο έλεγχος που γίνεται μετά την γέννηση την αποκαλύπτει νωρίς.



Κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση δευτέρου βαθμού αριστερά και τρίτου βαθμού δεξιά.

Οι κύριες διαγνωστικές εξετάσεις είναι η ακτινοσκοπική κυστεοουρηθρογραφία και η κυστεογραφία με ραδιοϊσότοπο. Στην ραδιοϊσοτοπική εξέταση, η ποσότητα της ακτινοβολίας είναι πολύ μικρότερη, αλλά οι ανατομικές πληροφορίες που λαμβάνονται είναι ελάχιστες. Με την ακτινοσκοπική κυστεογραφία καθορίζεται επακριβώς ο βαθμός παλινδρόμησης και σκιαγραφούνται η ουροδόχος κύστη και ο ουρητήρας. Επίσης είναι η εξέταση εκλογής για την μελέτη της ουρήθρας.

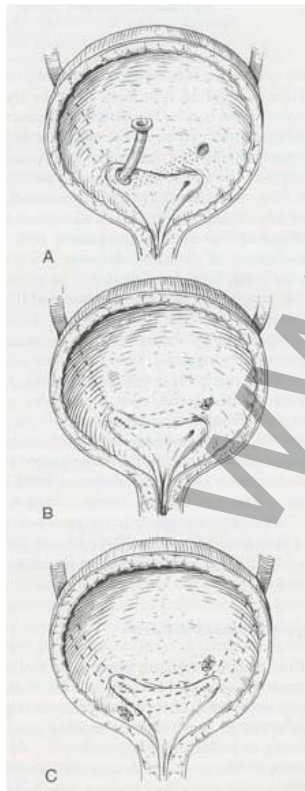
Το σπινθηρογράφημα με DMSA είναι η καλύτερη μέθοδος για έλεγχο του φλοιού του νεφρού, του νεφρικού παρεγχύματος και για καταγραφή τυχόν νεφρικών ουλών.

Παλαιότερα η κυστεοσκόπηση εθεωρείτο αναπόσπαστο μέρος του προεγχειρητικού ελέγχου της πάθησης, για την εκτίμηση του μεγέθους και του σχήματος των ουρητηρικών στομιών, τα οποία πιστευόταν ότι σχετίζονται με την πρόγνωση.

Σήμερα, κυστεοσκόπηση γίνεται στην αρχή της χειρουργικής επέμβασης για έλεγχο τυχόν άλλων ανατομικών ανωμαλιών.

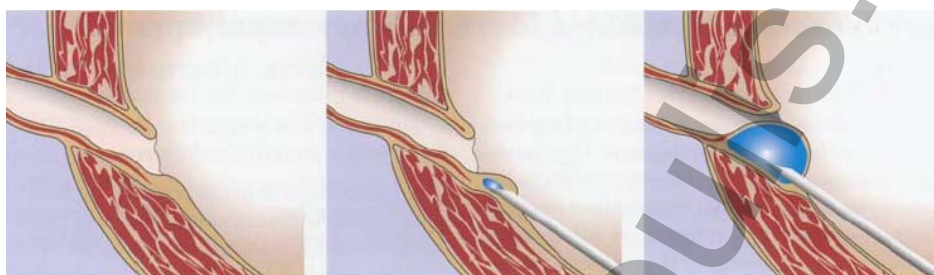
Στις περιπτώσεις με μικρού βαθμού παλινδρόμηση, η πάθηση θεραπεύεται μόνη της καθώς το παιδί μεγαλώνει και το μόνο που χρειάζεται είναι η λήψη μικρής ποσότητας αντιβιοτικού (χημειοπροφύλαξη) κάθε βράδυ, ώστε, σε μεγάλο βαθμό, να προλαμβάνονται οι λοιμώξεις του ουροποιητικού.

Όταν όμως πρόκειται για μεγάλου βαθμού παλινδρόμηση (IV-V βαθμού), ή η νόσος δεν υποχωρεί μέχρι την ηλικία των 5 ετών ή συμβαίνουν ουρολοιμώξεις παρά την χημειοπροφύλαξη, τότε απαιτείται χειρουργική θεραπεία, της οποίας στόχος είναι η δημιουργία ενός, τρόπον τινά, βαλβιδικού μηχανισμού, ώστε να εμποδίζεται η παλινδρόμηση των ούρων και να προστατεύονται οι νεφροί από τις λοιμώξεις. Μέχρι πριν λίγα χρόνια η μόνη δυνατότητα ήταν η κλασική χειρουργική επέμβαση, με άνοιγμα της ουροδόχου κύστεως και μετεμφύτευση των ουρητήρων.



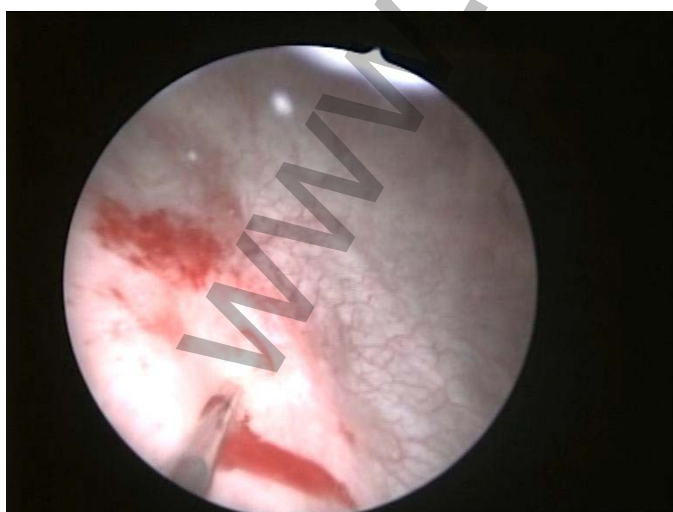
Χειρουργική επέμβαση μετεμφύτευσης ουρητήρων κατά Cohen.

Τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκε μια καινούρια μέθοδος, η ενδοσκοπική. Κατ' αυτήν, με κυστεοσκόπηση, με εισαγωγή δηλαδή μέσω της ουρήθρας ενός εργαλείου που μας επιτρέπει να βλέπουμε, γίνεται έγχυση κάτω από το στόμιο του πάσχοντα ουρητήρα, με ειδική βελόνη, ενός εύπλαστο υλικού, το οποίο στερεοποιούμενο ανυψώνει και ενισχύει το οπίσθιο τοίχωμά του και αποτρέπει την παλινδρόμηση των ούρων. Πρόκειται για μια σχετικά απλή μέθοδο, που όμως, σε έμπειρα χέρια, έχει ποσοστό επιτυχίας ίδιο με της χειρουργικής επέμβασης. Επίσης δεν απαιτεί παρά παραμονή λίγων ωρών σε νοσοκομείο και γίνεται χωρίς τομές. Ο συγγραφέας εφαρμόζει την μέθοδο αυτή ήδη από δεκαετίας, χρησιμοποιώντας το μόνο υλικό που έχει εγκριθεί από το Food an Drug Administration των ΗΠΑ για την συγκεκριμένη χρήση. Το αποτέλεσμα της επέμβασης διαρκεί εφ' όρου ζωής.



Σχηματική αναπαράσταση της ενδοσκοπικής μεθόδου.

Η τεχνική αυτή έφερε σημαντική αλλαγή στην θεραπεία της κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης και βελτιώνει πολύ την ποιότητα ζωής των ασθενών, γιατί μια απλή επέμβαση αντικαθιστά είτε την πολυετή λήψη αντιβιοτικών και τις επανειλημμένες εξετάσεις που απαιτούνται για την παρακολούθηση των ασθενών, είτε μια βαρεία χειρουργική επέμβαση με πολυήμερη παραμονή στο νοσοκομείο. Στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ, οι επεμβάσεις για θεραπεία της κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης με την ενδοσκοπική μέθοδο αποτελούν πλέον την πρώτη και κύρια θεραπεία της πάθησης.



Κυστεοσκοπική άποψη ουρητηρικού στομίου, στο οποίο γίνεται έγχυση υλικού για τη θεραπεία της παλινδρόμησης.